

<b>OGGETTO: RICHIESTA INDENNITA' REGIONALE FIBROMIALGIA - IRF</b>
---

\_\_l\_\_ Sottoscritt\_\_ COGNOME\_\_\_\_\_ NOME\_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in Arbus

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter beneficiare dell'indennità regionale fibromialgia – IRF, ai sensi della L.R. n. 5/2019, come modificata dall'art. 12 della L.R. 12 dicembre 2022 n. 22, art. 7-bis

**per se medesimo**

**per** COGNOME\_\_\_\_\_ NOME\_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000,

**DICHIARA**

- di essere residente nel Comune di Arbus;
- di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
- l'indirizzo mail sul quale ricevere le comunicazioni inerenti il presente procedimento è \_\_\_\_\_

**Allega alla presente:**

- certificato medico attestante la diagnosi di fibromialgia espressa in modo chiaro e inequivocabile (rilasciato da un medico specialista: reumatologo, ortopedico, fisiatra);
- copia documento di identità personale;
- solo in caso di soggetti amministrati o tutelati: copia conforme all'originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amministratore di sostegno;
- attestazione ISEE in corso di validità;
- fotocopia del codice IBAN.

Il/la Sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 "GDPR" circa il trattamento dei dati personali raccolti con la presente richiesta/dichiarazione.

Arbus \_\_\_\_\_

In Fede \_\_\_\_\_